건강 정보 공개 승인서

PerformCARE®

본 양식은 연방 및 주 개인정보보호법에 따라 귀하의 승인을 요구하는 귀하의 보호 대상 건강 정보 (‘PHI’)를 공유하는 데 사용됩니다.

HIPAA의 개인 정보 보호 규정은 개인 식별 건강 정보의 보호를 요구하고 있습니다. 이 규정은 ‘보호 대상 건강 정보’를 다음과 관련된 정보로 정의하고 있습니다:

- 개인의 과거, 현재, 또는 미래의 신체적 또는 정신적 건강 또는 상태
- 개인에게 건강 관리 서비스 제공
- 개인에게 건강 관리 서비스를 제공하는 것에 대한 과거, 현재, 또는 미래의 비용 지급

보호는 개인으로부터 수집한 정보 또는 건강 관리 서비스 제공자, 건강 보험 플랜, 건강 관리 정보 센터, 또는 고용주가 받거나 생성하는 정보로서 모든 형태 또는 매체로 유지되거나 전송되는 정보에 적용됩니다.

귀하의 승인은 PerformCare NJ가 귀하의 PHI를 귀하가 선택하는 사람 또는 조직과 공유할 수 있도록 허가하는 것입니다. 또한 그러한 사람 및 조직이 귀하의 PHI를 PerformCare NJ와 공유하도록 선택하실 수 있습니다. 귀하는 PerformCare NJ에 요청서를 제출하여 언제든지 본 승인을 취소하실 수 있습니다. 추가 지침을 원하시면 **1-877-652-7624 또는 TTY(청각 장애가 있는 경우) 1-866-896-6975**번으로 가입자 서비스에 연락하십시오.

파트 A. 어린이 정보 (PHI를 공개하게 될 당사자)

어린이 이름(First Name):		가운데 이니셜 (Middle Initial):
성(Last Name):	사이버 ID:	
주소:		
시:	주:	우편번호:
어린이 생년월일:	주간 전화번호(지역 번호 포함):	
이메일 주소:		
이메일 주소:		

파트 B. 수취인 (귀하의 PHI를 받게 될 사람 또는 조직)

다음 사람 또는 조직은 본인의 PHI를 받을 권리가 있습니다:

또한 다음 사람 또는 조직이 귀하의 PHI를 저희와 공유하기를 바라십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

이름:	성(Last Name):	
조직명(해당하는 경우):		
주소:		
시:	주:	우편번호:
전화번호(지역 번호 포함):	팩스 번호(지역 번호 포함):	
파트 A의 어린이와의 관계:	수취인 이메일:	

파트 C. 공유할 PHI에 대한 정보

어떠한 종류의 PHI를 공유해도 되는 지 알려주십시오. 여러 개의 상자에 체크 표시를 하실 수 있습니다. 최소 1개의 상자를 선택해 주셔야 합니다. 참고: 연방 및 주 법은 귀하의 승인 없이 일부 PHI를 공유하는 것을 허용하고 있습니다.

의무 기록

☐ 본인의 건강과 본인의 의료 혜택 및 서비스의 제공 및 이에 대한 지불과 관련된 모든 PHI **(아래 체크 상자에 묘사된 정신/행동 건강 및 건강 상태는 제외)**
참고: 연방법은 정신 치료 메모 공유를 하는 데 있어 별도의 승인을 요구하고 있습니다.

☐ 일부 법은 귀하가 특정 건강 상태와 관련된 PHI의 공유에 대해 구체적인 승인을 제공할 수 있도록 하고 있습니다. 저희가 이러한 건강 상태와 관련된 PHI를 공유해도 되는지에 대해 아래 상자에 체크해 주시기 바랍니다. 귀하가 이 상자들에 체크 표시하면 이러한 건강 상태와 관련된 PHI를 포함하고 있는 귀하의 모든 기록을 공유하도록 허가하는 것입니다. 특정 건강 상태에 관련된 기록의 일부(예: 한 가지 진단에 대한 기록만)에 대해 공유를 허가하고자 하시는 경우, 아래의 '제한된 정보만' 섹션을 작성해 주십시오.

☐ 기본 정보
☐ HIV/AIDS
☐ 물질 또는 알코올 남용
☐ 성매개 질환
☐ 임신중절 수술 및 가족 계획
☐ 전염병

정신/행동 건강 기록

☐ 일부 법은 귀하가 정신/행동 건강과 관련된 PHI의 공유에 대해 구체적인 승인을 제공할 수 있도록 하고 있습니다. 저희가 정신/행동 건강과 관련된 PHI를 공유해도 되는지에 대해 아래 상자에 체크해 주시기 바랍니다. 이 상자에 체크 표시하면 정신/행동 건강(입원 치료 포함)과 관련된 PHI를 포함하고 있는 귀하의 모든 기록을 공유하도록 허가하는 것입니다.

☐ 정신/행동 건강 (입원 치료 포함)

☐ **제한된 정보만.** 아래 상자에서 공유하고자 하는 PHI를 명시해 주십시오. 예:

- [Date]에 발생한 본인 서비스와 관련된 보험 청구
- [Date]에 발생한 본인의 보험 청구와 관련된 이의 제기 정보

공유하고자 하는 정보를 명시해 주십시오:

파트 D. 본 승인의 목적

본 승인은 다음 목적을 위해 PHI를 공유하는 것에 대해 유효합니다. (한 개 또는 두 개 박스 모두에 체크 표시하십시오.)

☐ 본인의 건강에 대한 진단, 치료, 관리 및/또는 비용 지불을 위해

또는

☐ 다음 이유로:

본 승인은 위에 명시된 목적 이외의 목적에 대해서는 유효하지 않습니다.

날짜:

파트 E. 본 승인의 만료일

본 승인은 귀하가 더 이른 날짜를 선택하지 않는 한 본 승인서의 서명 날짜로부터 1년 후에 자동으로 만료됩니다. 본 승인이 더 이른 날짜에 만료되기를 원하시는 경우, 아래에 만료 날짜를 제시해 주시기 바랍니다.

☐ 본 승인이 다음 날짜에 만료되기를 원합니다: _____.

또는

☐ 다음 사건 또는 조건이 완료될 시: _____.

파트 F. 승인 (귀하 또는 귀하의 개인 대리인이 본 양식에 서명하고 날짜를 기입해야 본 양식이 처리됩니다.)

본인은 본인의 PHI 공유에 대한 본 승인은 자발적이며, 혜택에 대한 자격 또는 보험 청구 지불에 대한 조건이 아님을 이해합니다. 본인은 PerformCare NJ가 반드시 본 승인을 취소하는 사건/조건에 대해 통보를 받아야 함을 이해합니다. 본 승인은 귀하가 더 이른 날짜를 선택하지 않는 한 본 승인서의 서명 날짜로부터 1년 후에 자동으로 만료됩니다. 본인은 언제든지 PerformCare에 요청서를 제출하여 본 승인을 취소할 수 있으며, 본 승인의 취소가 취소 요청 전 승인에 따라 취한 어떠한 조치에도 영향을 주지 않는다는 점을 이해합니다.

본인은 또한 본인이 본 승인을 취소할 경우, 상기에 명시된 사람 또는 조직이 더 이상 본인의 PHI를 공유하지 않도록 하기 위해서는 해당 사람 또는 조직에 별도로 통보해야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 또한 상기에 명시된, 본인의 PHI를 수취하도록 승인한 사람 또는 조직이 건강 정보에 대한 연방 또는 주 개인정보보호법의 지배를 받지 않는 경우, 그들이 본인의 PHI를 추가적으로 공유할 수 있으며 해당 정보가 더 이상 연방 또는 주 개인정보보호법에 의해 보호받을 수 없다는 점을 이해합니다. 본인은 또한 본인 또는 본인의 개인 대리인이 본 양식의 사본을 받고 본 승인으로 인해 공유될 수 있는 본인의 PHI를 검토할 수 있는 권리가 있음을 이해합니다.

청년/부모 서명: 본인은 아래에 서명함으로써 아래 명시된 바와 같이 본인의 PHI 공유를 승인합니다.	
청년/부모 서명:	날짜:

개인 대리인 정보: 본인은 아래에 서명함으로써 아래 명시된 청년의 PHI 공유를 승인합니다. (개인 대리인은 청년을 대신해 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 가진 사람을 칭합니다. 반드시 본 양식과 함께 위임장 또는 기타 법적 서류의 사본을 PerformCare NJ에 제출하셔야 합니다.)	
개인 대리인 또는 법적 보호자의 이름(정자 표기):	
대리인 주소:	
개인 대리인의 권한 설명:	
개인 대리인 서명:	
날짜:	전화번호:

건강 정보 공개 승인서 부록

구두 승낙

서명자인 본인들은 상기 섹션 A에 명시된 청년이 **신체적으로 본 승인서를 서명할 수 없음**을 증명합니다. 구두 승낙은 타인이 해당 청년의 개인 대리인임을 밝히는 것을 문서화하는 것의 조건을 대체하지는 않으며, 단지 해당 청년이 서명을 하는 것이 불편하다고 해서 본 문서화를 대체할 수 없습니다.

해당 청년의 서명 불능 이유:

아래의 서명은 다음을 나타냅니다:

- 해당 청년에게 본 양식의 정보를 전달했습니다.
- 해당 청년이 본 승인서의 정보를 이해했음을 밝혔습니다.
- 청년이 자발적으로 동의를 했습니다.

가입자에게 정보를 전달한 방법:

☐ 전화

☐ 직접

☐ 기타(자세히 적어 주십시오):

증인 이름(정자 표기):	증인 이름(정자 표기):
증인 서명:	증인 서명:
날짜: / /	날짜: / /

작성한 승인서를 다음 주소로 발송해 주십시오:

PerformCare NJ, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691
또는 팩스: **1-877-736-9166 (수진자 부담)**
또는 이메일: **shared-pcnjhealthinfo@performcarenj.org**